

## Avviso di sinistro: annullamento viaggio

Polizza n.	
Compagnia assicurativa	
<b>1. Contraente</b>	
Cognome, nome/azienda	
Via	
NPA, luogo	
Telefono privato	
Telefono ufficio	
Indirizzo e-mail	
È assoggettato/-a al pagamento dell'IVA?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> conteggio forfettario
N. IVA	
<b>2. Indicazioni del viaggio</b>	
Destinazione	
Partenza prevista per il:	
Rientro previsto per il:	
<b>3. Dinamica del sinistro (completare in ogni caso)</b>	
Data	
Ora (0-24)	
Luogo/paese	
Descrizione esatta della dinamica del sinistro	Per una descrizione dettagliata, utilizzare la pagina 3.
Notifica alla polizia?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Presso quale posto di polizia?	
<b>4. Misure adottate</b>	
Ha preso contatto con la centrale d'allarme della sua compagnia assicurativa?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

### 5. Ulteriori persone che viaggiavano con lei

a) Cognome, nome/indirizzo/data di nascita	
b) Cognome, nome/indirizzo/data di nascita	
c) Cognome, nome/indirizzo/data di nascita	

Per le ulteriori persone si prega di utilizzare l'apposito campo a pagina 3.

### 6. Altre coperture assicurative

Esistono coperture presso altri assicuratori?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
---	---

Indicare la compagnia assicurativa e il n. di polizza

<input type="checkbox"/> Salvacondotto	
<input type="checkbox"/> Ass. casco parziale o totale	
<input type="checkbox"/> Ass. spese d'annullamento	
<input type="checkbox"/> Ass. infortuni/malattia	
<input type="checkbox"/> Altro	

### 7. Spese

Descrizione e importo

Tipo di spese effettuate (allegare le ricevute originali)	
---	--

### 8. Allegati

<input type="checkbox"/> Conferma del viaggio	<input type="checkbox"/> Protocollo dell'infortunio	<input type="checkbox"/> Conteggio d'annullamento	<input type="checkbox"/> Fattura di riparazione
<input type="checkbox"/> Certificato medico/atto di morte	<input type="checkbox"/> Rapporto di polizza	<input type="checkbox"/> -----	<input type="checkbox"/> -----

### 9. Versamento

Cognome, nome, indirizzo	
N. del conto postale o bancario	
Banca/filiale	

**10. Firma**

Luogo, data

Firma

Il/la sottoscritto/-a autorizza la società ad richiedere a altri assicuratori o a terzi informazioni concernenti il sinistro e a prendere visione di tutti gli atti ufficiali e giudiziari in relazione al sinistro. Il/la sottoscritto/-a consente che la società trasmetta, nella misura necessaria, ad altri assicuratori, più precisamente ai coassicuratori in Svizzera e all'estero, dati inerenti al sinistro. La compagnia di assicurazioni non è vincolata a eventuali dichiarazioni di responsabilità rilasciate dal contraente.

Testo aggiuntivo:

**Inviare****Stampare**